

Relationship between Moral Disengagement and Quality of Care in Nurses Caring for Covid-19 Patients Hospitalized in the Intensive Care unit of the Medical-educational Centers of Mazandaran University of Medical Sciences (2021-2022)

Zahra Mohammadi Berengestaneki¹

Amir Emami Zeydi²

Seyed Hamid Sharif Nia^{3,4}

Mohammad Ali Heidari Gorji⁵

¹ MSc Student in Critical Care Nursing, Student Research Committee, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Assistant Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Associate Professor, Department of Nursing, Amol Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁵ Associate Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, Diabetes Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received July 20, 2023; Accepted October 5, 2023)

Abstract

Background and purpose: Nurses working in the intensive care unit (ICU) face more ethical conflicts in caring for COVID-19 patients. The present study aimed to assess the relationship between moral disengagement and the quality of nursing care in nurses caring for Covid-19 patients hospitalized in the special ICU department of medical-educational centers affiliated with Mazandaran University of Medical Sciences.

Materials and methods: This descriptive cross-sectional study was conducted on 150 nurses caring for COVID-19 patients hospitalized in the ICU of Mazandaran University of Medical Sciences from 2021 to 2022. Data collection tools included demographic information questionnaires, Fida et al.'s moral disengagement, and nursing care quality. Data analysis was performed using descriptive (frequency, percentage, mean, standard deviation) and inferential (Pearson correlation coefficient and linear regression) statistics.

Results: The moral disengagement score of nurses was 40.58 ± 8.64 . The mean scores of quality of nursing care in total, psychosocial dimension, communication dimension, and physical dimension were 177.3 ± 13.25 , 74.92 ± 6.50 , 36.80 ± 2.82 , and 66.73 ± 5.45 , respectively. No significant relationship was observed between the quality of nursing care and moral disengagement ($P > 0.05$).

Conclusion: The lack of a significant relationship between the quality of nursing care and moral disengagement in the present study was in the condition of the COVID-19 pandemic when people were under high organizational and psychological pressures. Therefore, for a better conclusion, it is suggested that this research be carried out in non-emergency conditions and after the pandemic again in the inpatient wards of infected patients.

Keywords: Covid-19, Intensive care, Moral disengagement, Nurse, Quality of care

J Mazandaran Univ Med Sci 2023; 33 (Supple 2): 117-128 (Persian).

Corresponding Author: Mohammad Ali Heidari Gorji- Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. (Email: heydarigorji@yahoo.com)

بررسی رابطه بی‌اشتیاقی اخلاقی با کیفیت مراقبت پرستاری در پرستاران مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بستری در بخش ویژه آی‌سی‌یو مراکز آموزشی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران (۱۴۰۱-۱۴۰۰)

زهرا محمدی برنجستانکی^۱

امیر امامی زیدی^۲

سید حمید شریف نیا^۳ و^۴

محمد علی حیدری گرجی^۵

چکیده

سابقه و هدف: پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه، مواجهه بیش‌تری با تعارضات اخلاقی در مراقبت از بیماران مبتلا به COVID-19 دارند. مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه بی‌اشتیاقی اخلاقی با کیفیت مراقبت پرستاری در پرستاران مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بستری در بخش آی‌سی‌یو مراکز آموزشی-درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران صورت پذیرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-مقطعی، از نوع هم‌بستگی در میان ۱۵۰ نفر از پرستاران مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بستری در بخش آی‌سی‌یو مراکز آموزشی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران که به صورت تصادفی ساده انتخاب شده بودند، در طی سال‌های ۱۴۰۰-۱۴۰۱ صورت پذیرفت. در این مطالعه، از پرسش‌نامه‌های اطلاعات دموگرافیک، بی‌اشتیاقی اخلاقی و کیفیت مراقبت‌های پرستاری استفاده شد. آنالیز داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار) و استنباطی (ضریب هم‌بستگی پیرسون و رگرسیون خطی) صورت گرفت.

یافته‌ها: نمره بی‌اشتیاقی اخلاقی پرستاران $40/58 \pm 8/64$ بود. میزان نمره کیفیت مراقبت پرستاری در مجموع $177/3 \pm 13/25$ ، در بعد روانی اجتماعی $74/92 \pm 6/50$ ، بعد ارتباطی $36/80 \pm 2/82$ و در بعد جسمی $66/73 \pm 5/45$ بود. بین کیفیت مراقبت پرستاری با بی‌اشتیاقی اخلاقی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد ($P > 0/05$).

استنتاج: عدم ارتباط معنی‌دار بین کیفیت مراقبت پرستاری و بی‌اشتیاقی اخلاقی در مطالعه حاضر، در شرایطی بوده است که پرستاران با پاندمی کووید-۱۹ مواجه بودند و تحت فشارهای سازمانی و روانی بالایی قرار داشتند. از این رو، برای نتیجه‌گیری بهتر، پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در شرایط غیراضطراری و پس از پاندمی، مجدد در بخش‌های بستری بیماران مبتلا صورت پذیرد.

واژه‌های کلیدی: بی‌اشتیاقی اخلاقی، کیفیت مراقبت، کووید-۱۹، پرستار، مراقبت ویژه

مقدمه

کارکنان پرستاری بخش عمده‌ای از مراقبت را بر عهده دارند و مراقبت جزئی اساسی در زمینه خدمات بهداشتی درمانی به شمار می‌آید (۱، ۲). حرفه پرستاری ذاتاً حرفه‌ای اخلاق‌محور قلمداد می‌شود، این موضوع

مؤلف مسئول: محمد علی حیدری گرجی - ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده پرستاری و مامایی نسیه

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری مامایی نسیه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. استادیار، گروه پرستاری داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی نسیه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، آمل، ایران

۴. مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۵. دانشیار، گروه پرستاری داخلی-جراحی، مرکز تحقیقات دیابت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

✉ تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۴/۲۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۲/۶/۴ تاریخ تصویب: ۱۴۰۲/۷/۱۲

E-mail: heydarigorji@yahoo.com

سبب می شود که پرستاران شاغل در بخش ویژه نسبت به سایر گروه های ارائه دهنده مراقبت، در محیط کاری خود، بیش تر در معرض رویارویی با تعارضات اخلاقی باشند (۳، ۴). افزایش تعداد بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه، ارزیابی بیماران و مدیریت آن ها را بر اساس وضعیت با چالش همراه کرده است (۵). در همین راستا، کادر درمان در بخش های مراقبت ویژه، ارجحیت مراقبتی خود را متوجه بیمارانی کرده است که شانس زنده ماندن بالاتری دارند (۵، ۶). این امر به ویژه در مورد مراقبت از بیماران مبتلا به کووید ۱۹ بستری در بخش های مراقبت ویژه (که نیازمند مراقبت های با کیفیت تر، طولانی مدت و پیچیده تر بوده و از طرف دیگر، با محدودیت تخت های بستری و تجهیزات مورد نیاز بیماران و تجهیزات محافظتی مورد نیاز پرستاران مواجه است) از اهمیت بیش تری برخوردار است (۶). همین مسئله موجب شده است که کارکنان بخش مراقبت ویژه بیش ترین فشار و استرس را در ارائه مراقبت از بیماران با مشکلات شدید بهداشتی داشته باشند (۷).

استرس و تنش های کاری پرستاران ممکن است به قرار گرفتن پرستاران در چالش های محیط کار منجر شود که یکی از این چالش های اخلاقی می تواند بی اشتیاقی اخلاقی باشد. بی اشتیاقی اخلاقی فرایندی محسوب می شود که در آن، فرد به رفتارهای منفی، کارهای ناشایست کوچک تا بزرگ می پردازد و بر عملکرد منفی خود که موجب صدمات و اشتباهاتی می شود، باور ندارد (۱). از این رو، بی اشتیاقی اخلاقی که در حرفه های مراقبت های بهداشتی رخ می دهد، تهدیدی جدی برای ایمنی بیمار، فرهنگ سازمان و حتی بهداشت روانی ارائه دهندگان خدمات درمانی است (۸).

چالش های اخلاقی در مواجهه با بیماری های همه گیر مانند کووید ۱۹ که با سرعت بالایی در سطح جهان گسترش می یابند و ظرفیت اداره سیستم درمان در آن شرایط به پایان می رسد، محسوس تر است (۹). پس از دو دوره شیوع ویروس کرونا توسط سارس کو به ترتیب

در سال های ۲۰۰۳ و ۲۰۱۲، جهان با شیوع سوم این ویروس از دسامبر ۲۰۱۹ مواجه شد که به پاندمی در جهان منجر شد (۱۰، ۱۱). اگرچه میزان مرگ و میر از دو شیوع قبلی کم تر بود، سرعت قابل توجه گسترش بیماری به مرگ بیش تری در سراسر جهان منجر شد (۱۲). بیش از ۱۷۵ میلیون مورد در سراسر جهان و بیش از ۳ میلیون مورد ابتلا به این بیماری در ایران گزارش شده است. این بیماری بیش از ۳ میلیون و ۷۵۰ هزار مورد مرگ در جهان ثبت کرده است که در مقایسه با همه گیری های قبلی، آماری قابل توجه است (۱۳). از این رو، با توجه به شیوع بالا و تعدد مراجعات و نیاز به بستری بیماران مبتلا، نخستین گروه درگیر بحران بخش های مختلف بیمارستان ها هستند و تمام کارکنان، به ویژه کادر پرستاری به عنوان نخستین خط تشخیص و درمان بیماران، روزانه با تعداد زیادی از بیماران روبه رو می شوند (۱۴). پاندمی کووید ۱۹ (که هنگام وقوع آن، بیمارستان ها با کمبود منابع، محدودیت در دسترسی به واکسن و داروها و تخت بستری و هم چنین، کاهش توان کارکنان درمانی مواجه بودند) به مواجهه با چالش های اخلاقی، از جمله تخصیص عادلانه منابع، رعایت حریم خصوصی برای پیشگیری از تبعیض، رضایت آگاهانه در شرایط ناچاری، رازداری و پیشگیری از افشای اطلاعات، عدم درک یا مخالفت بیماران و خانواده های آن ها در تریاژ بیماران، عدم احیای قلبی ریوی در صورت بیهودگی و به تعویق انداختن خدمات درمانی بیمارانی که به کووید ۱۹ مبتلا نیستند، منجر شد (۱۵، ۱۶). تخصیص منابع یا اولویت بندی درمان از قابل توجه ترین موضوعات بخش سلامت است و در فرایند تصمیمات بالینی، این چهارچوب اخلاقی جایگاه بسیار بالایی پیدا کرده است (۱۷). در بحران های همه گیری، سرعت انتقال بالای بیماری موجب شده است که سرعت در ارائه خدمات اهمیت بیش تری پیدا کند، پزشکان و پرستاران در خط مقدم مراقبت های بهداشتی، خود را در شرایط بی سابقه غیر قابل کنترل

می‌بینند و این مسئله به گرفتن تصمیم‌های بسیار مهم برای بیماران و زندگی شخصی آن‌ها منجر می‌شود (۱۸). از آنجایی که تعداد زیادی از پرستاران شاغل در بخش‌های کرونا، به خصوص بخش‌های مراقبت ویژه کرونا، به کووید ۱۹ آلوده شده یا فوت نمودند و با توجه به شرایط نامناسب کاری و عوامل استرس‌زا، احتمال دارد این پاندمی به بی‌اشتیاقی اخلاقی و کاهش چشمگیر کیفیت مراقبت منجر گردد. این موضوع سبب کاهش رضایت بیمار از نوع مراقبت می‌شود. رضایت بیمار با کیفیت مراقبت پرستاری ارتباط تنگاتنگی دارد؛ زیرا سطح رضایت بیمار به کیفیت مراقبتی که دریافت می‌کنند، بستگی دارد. خدمات پرستاری جزء اصلی مراقبت‌های با کیفیت در صنعت مراقبت‌های بهداشتی است (۱۹، ۲۰). با توجه به اینکه بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه از آسیب‌پذیرترین بیماران هستند که غالباً عملکرد طبیعی خود را از دست داده‌اند، به درمان و مراقبت‌هایی با بهترین کیفیت نیاز دارند (۲۱). نتایج مطالعه‌ای که با هدف مقایسه کیفیت مراقبت عمومی پیش و پس از شروع کرونا در بخش‌های اورژانس، عفونی و غیرعفونی صورت گرفت، نشان داد که امتیاز کیفیت عمومی پس از شروع بحران کرونا نسبت به پیش از آن، با کاهش معناداری همراه بوده است (۲۲). بررسی‌ها نشان می‌دهند که کاهش کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به بیماران مبتلا به کووید ۱۹، به کاهش رضایت بیمار، افزایش طول مدت بستری در بیمارستان و عدم دستیابی به نتایج بالینی مورد نظر منجر می‌شود (۲۳، ۲۴). هم‌چنین، از ظرفیت بیمارستان برای ارائه خدمات به مراجعه‌کنندگان بعدی کاسته می‌شود و تبعات اقتصادی و سلامتی نامطلوبی برای جامعه در بر خواهد داشت. از این رو، حفظ کیفیت مراقبت ارائه شده می‌تواند از بروز این مشکلات جلوگیری نموده و امکان ارائه خدمات مؤثرتر به تعداد بیشتری از مراجعه‌کنندگان، به ویژه در زمان بحران اپیدمی را فراهم آورد (۲۵). از آنجایی که مطالعه‌ای با این هدف طی پاندمی کووید ۱۹ صورت

نگرفته بود و با توجه به مطالب گفته شده، مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه بی‌اشتیاقی اخلاقی با کیفیت مراقبت در پرستاران مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به کووید ۱۹ بستری در بخش ویژه آی‌سی‌یو در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی - مقطعی، از نوع هم‌بستگی بوده که بین سال‌های ۱۴۰۰-۱۴۰۱ با هدف تعیین رابطه بی‌اشتیاقی اخلاقی با کیفیت مراقبت پرستاری در پرستاران مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به کووید ۱۹ بستری در بخش مراقبت‌های ویژه آی‌سی‌یو چهار مرکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی مازندران (بیمارستان‌های امام خمینی ساری، بوعلی سینا، مرکز قلب مازندران و رازی قائمشهر) انجام شد. در این مطالعه، آن دسته از پرستارانی که سابقه حداقل سه ماه مراقبت از بیماران مبتلا به کووید ۱۹ (۲۶) را داشتند و هم‌چنین، مدرک آن‌ها کارشناسی و کارشناسی ارشد پرستاری بود، وارد مطالعه شدند. آن دسته از پرستارانی که سابقه فعالیت در بخش‌های بستری بیماران مبتلا به کووید ۱۹ را نداشتند و هم‌چنین، سرپرستاران از مطالعه خارج شدند. حجم نمونه بر اساس ضریب هم‌بستگی ۰/۳ مطالعه احمدی و همکاران با در نظر گرفتن دو متغیر بی‌اشتیاقی اخلاقی و هوش اجتماعی (۲۷) و سطح معنی‌داری کم‌تر از ۰/۰۵ با توان آزمون ۹۵ درصد در سطح دو دامنه به کمک نرم‌افزار G power، ۱۳۸ نفر تخمین زده شد که با در نظر گرفتن ۱۰ درصد احتمال داده فراموش شده، ۱۵۰ نفر تخمین زده شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه سه‌قسمتی استفاده شد. قسمت اول پرسش‌نامه شامل اطلاعات دموگرافیک (در زمینه سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سابقه خدمت، علاقه‌مندی به حضور در بخش کرونا، کفایت درآمد، وضعیت استخدامی، نوع نوبت کاری (ثابت یا در گردش)، اشتغال هم‌زمان

در مرکز درمانی دیگر، میزان حقوق دریافتی، مدت زمان مراقبت از بیمار مبتلا به کووید-۱۹ بود.

قسمت دوم پرسش‌نامه بی‌اشتیافی اخلاقی پرستاری فیدا و همکاران (۲۰۱۵) بود که ۲۲ پرسش با مقیاس پنج‌گزینه‌ای لیکرت داشت و با گزینه‌های به شدت موافق با نمره ۵، موافقم با نمره ۴، نظری ندارم با نمره ۳، مخالفم با نمره ۲، کاملاً مخالفم با نمره ۱ امتیازدهی می‌شد. کم‌ترین نمره ۲۲ و بیش‌ترین آن ۱۱۰ بود. بدین ترتیب، هرچه نمره کل بیش‌تر بود، فرد پاسخ‌دهنده بی‌اشتیافی اخلاقی بالاتری داشت (۲۸). جهت تهیه پرسش‌نامه بی‌اشتیافی اخلاقی تحقیق حاضر از زبان اصلی، ابتدا پرسش‌نامه توسط دو نفر مسلط به زبان انگلیسی و صاحب‌نظر، به فارسی ترجمه شد (ترجمه انگلیسی به فارسی)، سپس این دو پرسش‌نامه به دو فرد دیگر صاحب‌نظر داده شد و آن را به زبان انگلیسی برگردانده (برگرداندن ترجمه از فارسی به انگلیسی)، سپس این پرسش‌نامه ترجمه شده با نسخه اصلی مقایسه و پس از اعمال نظرات صاحب‌نظران و تغییرات لازم، نسخه فارسی پرسش‌نامه نهایی مورد استفاده قرار گرفت. روایی پرسش‌نامه به کمک روایی محتوا ارزیابی شد. به این صورت که پرسش‌نامه در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیئت‌علمی قرار داده شد و با اعمال تغییرات مورد نظر استادان و تأیید پرسش‌نامه، اعتبار محتوایی حاصل شد. میزان شاخص روایی محتوا (CVI) و نسبت روایی محتوا (CVR) ارزیابی شد و در محدوده مورد قبول بود. ثبات درونی (پایایی) به کمک ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد و ۰/۸۴ بود. پایایی ابزار بی‌اشتیافی اخلاقی توسط فیدا و همکاران نیز با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ مورد تأیید قرار گرفت (۲۸). قسمت سوم پرسش‌نامه شامل کیفیت مراقبت‌های پرستاری (QUALPAC) بود. این پرسش‌نامه از سال ۱۹۷۵، در کشورهای امریکا، انگلستان و نیجریه استفاده شد (۲۹). این پرسش‌نامه دارای ۶۵ گزینه است که کیفیت مراقبت پرستاری را در سه بعد روانی اجتماعی (پرسش‌های ۱ تا ۲۸)، ارتباطی

(پرسش‌های ۲۹ تا ۴۱) و جسمی (پرسش‌های ۴۲ تا ۶۵) مورد بررسی قرار می‌دهد (۳۰). در این پرسش‌نامه، از پاسخ‌های رتبه‌ای «به ندرت» (۱)، «گاهی» (۲) و «بیش‌تر اوقات» (۳) استفاده شد. نمره کل مراقبت در بازه ۶۵ تا ۱۹۵ است. افزایش نمرات بیانگر بالاتر بودن کیفیت مراقبت پرستاری است (۳۱). این مقیاس در مطالعه‌ای در همدان در سال ۱۳۹۸ استفاده و روایی پرسش‌نامه توسط اعضای هیئت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان بررسی و پایایی آن با آلفای ۰/۹۷ تأیید شد (۳۰). در مطالعه حاضر، ثبات درونی (پایایی) به کمک ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد و ۰/۹۴ بود. با هماهنگی معاونت پژوهشی و گرفتن کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه (IR.MAZUMS.REC.1401.061) و هماهنگی با مدیریت بیمارستان و سرپرستاران و مسئولان شیفت، نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده و از طریق جدول اعداد تصادفی صورت پذیرفت. نخست، اهداف تحقیق برای پرستاران و سرپرستاران توضیح داده شد. به پرستاران یادآوری شد که تمامی اطلاعات موجود در پرسش‌نامه محرمانه بوده و سپس، پرسش‌نامه بی‌اشتیافی اخلاقی توسط پرستاران پر شد. نام تمامی پرستارانی که پرسش‌نامه بی‌اشتیافی اخلاقی را تکمیل نمودند، در اختیار سرپرستار قرار گرفت و از ایشان درخواست گردید که پرسش‌نامه کیفیت مراقبت را برای هر یک از پرستاران مورد نظر تکمیل نماید و پرسش‌نامه را پس از تکمیل در یک پاکت قرار دهد و پاکت را در صندوق تعبیه شده در بخش مراقبت ویژه آی‌سی‌یو بگذارد. سپس داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و فراوانی برای متغیرهای کیفی پژوهش و شاخص‌های عددی کمینه، بیشینه، میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی و در بخش آمار استنباطی، با استفاده از آزمون‌های ضریب هم‌بستگی پیرسون و رگرسیون خطی با سطح معنی‌داری کم‌تر از ۰/۰۵ به کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

میانگین سنی پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه ۲۶/۸۸±۳۲ سال بود. میانگین سابقه خدمت پرستاران ۸/۲۵±۵/۹۸ سال بود. سابقه پرستاران شاغل در بخش مراقبت از بیماران مبتلا به کووید ۱۹ از ۳ تا ۲۴ ماه بود. در جدول شماره ۱، مشخصات جمعیت‌شناختی شغلی پرستاران ارائه شده است. میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت مراقبت پرستاری و بی‌اشتیاقی اخلاقی و هم‌بستگی بین دو متغیر در جدول شماره ۲ گزارش شده است.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی-شغلی در پرستاران مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به کووید ۱۹ بستری در بخش مراقبت ویژه

متغیر	تعداد	(درصد)
جنسیت	۲۹	۱۹/۳
مرد	۱۲۱	۸۰/۷
زن	۳۶	۲۴
وضعیت تأهل	۱۱۴	۷۶
متاهل	۱۳۲	۸۸
سطح تحصیلات	۱۸	۱۲
کارشناسی	۳۶	۲۴
کارشناسی ارشد	۲۶	۱۷/۳
وضعیت استخدامی	۳۱	۲۰/۷
طرحی	۵۷	۳۸
قراردادی/شرکتی	۳۰	۲۰
پیمانی	۱۲۰	۸۰
رسمی	۷۲	۴۸
ثابت	۷۸	۵۲
در گردش	۷۲	۴۸
رضایت از حقوق دریافتی	۷۸	۵۲
دارد	۷۲	۴۸
ندارد	۷۸	۵۲
رضایت از کار در بخش کووید ۱۹	۱۰	۶/۷
دارد	۱۴۰	۹۳/۳
ندارد		
اشتغال هم‌زمان در مرکزی دیگر		
بله		
خیر		

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت مراقبت پرستاری و بی‌اشتیاقی اخلاقی و بررسی هم‌بستگی دو پارامتر در پرستاران مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به کووید ۱۹ بستری در بخش مراقبت ویژه

متغیر مورد بررسی	انحراف معیار میانگین	نتایج هم‌بستگی با متغیر بی‌اشتیاقی اخلاقی
بی‌اشتیاقی اخلاقی	۴۰/۸۵۸/۶۴	۱
کیفیت مراقبت پرستاری	۱۷۷/۳±۱۳/۲۵	$P=0/810, r=0/20$
ابعاد کیفیت مراقبت پرستاری	۷۴/۹۲±۶/۵۰	$P=0/757, r=0/25$
بعد روانی-اجتماعی	۳۶/۸۰±۲/۸۲	$P=0/569, r=0/47$
بعد ارتباطی	۶۶/۳۳±۵/۴۵	$P=0/939, r=0/06$
بعد جسمی		

r = ضریب هم‌بستگی پیرسون P = سطح معنی‌داری

نداشت (جدول شماره ۲). نتایج رگرسیون خطی نیز نشان داد که بی‌اشتیاقی اخلاقی با کیفیت مراقبت پرستاری ارتباط معنی‌داری نداشت.

به منظور بررسی تأثیر عوامل جمعیت‌شناختی بر کیفیت مراقبت پرستاری و بی‌اشتیاقی اخلاقی، مدل رگرسیون خطی تک‌متغیره با روش enter به داده‌ها برازش داده شد. نتایج نشان داد که متغیرهای سن پرستار، سابقه کار بالینی و سطح تحصیلات با کیفیت مراقبت پرستاری ارتباط معنی‌داری داشت. بدین معنی که به ازای یک واحد افزایش سن پرستار، سابقه کار بالینی و سطح تحصیلات، ۰/۶۷۰، ۰/۶۹۰ و ۸/۱۳۴ واحد به کیفیت مراقبت پرستاری اضافه شد (جدول شماره ۳). متغیرهای جنس، وضعیت تأهل، وضعیت استخدامی، اشتغال در مراکز دیگر، سابقه کار در بخش کرونا، کفایت حقوق دریافتی، رضایت از کار در بخش کرونا و بی‌اشتیاقی اخلاقی پرستار با کیفیت مراقبت پرستاری ارتباط معنی‌داری نداشتند. متغیرهای سن پرستار، سابقه کار بالینی و رضایت کار در بخش کرونا با بی‌اشتیاقی اخلاقی ارتباط معنی‌داری داشت. بدین معنی که به ازای یک واحد افزایش سن پرستار و رضایت کار در بخش کرونا به ترتیب، ۰/۷۴۳ و ۳/۱۷ واحد بی‌اشتیاقی اخلاقی افزایش یافت و به ازای یک واحد افزایش در سابقه کار بالینی، ۰/۵۹۲ واحد بی‌اشتیاقی اخلاقی کاهش یافت (جدول شماره ۴). متغیرهای جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت استخدامی، اشتغال در مراکز دیگر، سابقه کار در بخش کرونا، کفایت حقوق دریافتی و کیفیت مراقبت پرستاری با بی‌اشتیاقی اخلاقی پرستار ارتباط معنی‌داری نداشتند.

جدول شماره ۳: پیش‌بینی نمره کیفیت مراقبت پرستاری بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی - کاری در پرستاران مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به کووید ۱۹ بستری در بخش مراقبت ویژه

متغیر	ضریب رگرسیونی بتا	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	تحلیل تک‌متغیره
سن پرستار	۰/۶۷۰	۰/۳۴۴_۰/۹۹۶	سطح معنی‌داری ۰/۰۰۱
سابقه کار بالینی	۰/۶۹۰	۰/۳۴۷_۱/۰۲۲	۰/۰۰۱
سطح تحصیلات	۸/۱۳۴	۱/۶۵۳_۱۴/۶۱۵	۰/۰۱۴

جدول شماره ۴: پیش‌بینی نمره بی‌اشتیاقی اخلاقی برحسب متغیرهای جمعیت‌شناختی-کاری در پرستاران مراقبت‌کننده از بیماران کووید-۱۹ بستری در بخش مراقبت ویژه

متغیر	تحلیل تک‌متغیره		
	ضریب رگرسیون بتا	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	سطح معنی‌داری
سن پرستار	۰/۴۳۳	-۰/۰۴_۰/۰۹۹	۰/۰۰۴
سابقه کار بالینی	-۰/۵۹۲	-۰/۰۳۴_۰/۱۱۴	۰/۰۳۸
رضایت کار در بخش کرونا	۳/۱۷۰	۰/۳۸_۵/۹۵	۰/۰۲۶

بحث

نتایج حاصل از بررسی انجام شده نشان داد که بی‌اشتیاقی اخلاقی پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه حاضر، کم‌تر از حد متوسط بود که در حد نسبتاً مطلوبی ارزیابی می‌شود. در تبیین این یافته، مطالعات مختلفی بررسی شد. در مطالعه‌ای در شانگهای چین نیز گزارش شد که بی‌اشتیاقی اخلاقی در پرستاران کم‌تر از حد متوسط است (۳۲). نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر هم‌خوانی داشت. در مطالعه‌ای در ایران/همدان، میانگین نمره حساسیت اخلاقی پرستاران در پاندمی کووید-۱۹ پایین بود (۲۶). در مطالعه حاضر، پایین‌تر بودن نمره از حد متوسط، نشانه مطلوب بودن اشتیاق اخلاقی بوده؛ بنابراین، با توجه به این که مفهوم بی‌اشتیاقی اخلاقی و حساسیت اخلاقی نقطه مقابل هم هستند، با پایین بودن حساسیت اخلاقی هم‌خوانی ندارد. کمبود آگاهی پرستاران از حقوق بیماران و کدهای اخلاق حرفه پرستاری می‌تواند به پایین بودن حساسیت اخلاقی ناشی از پیامدهای پاندمی کووید-۱۹ منجر شود.

نتایج مطالعه‌ای در چین که با هدف بررسی چالش‌های اخلاقی پرستاران مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به پنومونی کروناویروس جدید صورت پذیرفت، نشان داد که پرستاران در زمینه مراقبت از بیماران کووید-۱۹ با چالش‌های اخلاقی مواجه بودند (۳۳). رعایت حقوق بیماران، انگ و تبعیض اجتماعی، وظیفه مراقبت از بیماران و حمایت و پاسخ‌گویی مسئولان از چالش‌های اصلی اخلاقی در مراقبت از بیماران در دوران کرونا بود. از این رو، حمایت از حقوق بیماران و

ارائه مراقبت با کیفیت خوب از طریق تصمیم‌گیری آگاهانه و اخلاقی، برای افزایش رضایتمندی بیماران و بهبود سلامت آنان، به‌عنوان راه‌کارهای رفع چالش‌های اخلاقی توصیه شد (۳۴). علاوه بر این، در تحقیقی تحت عنوان تأثیر آموزش اصول اخلاقی بر آشنفنگی اخلاقی در پرستاران در ایران/زنجان، به این نتایج دست یافتند که اجرای آموزش اصول اخلاقی، کاهش معنی‌داری در نمره آشنفنگی اخلاقی پرستاران را در پی داشت. آموزش اصول اخلاقی می‌تواند عاملی برای افزایش آگاهی اخلاقی پرستاران محسوب گردد و زمینه‌ساز کاهش آشنفنگی اخلاقی در آنان باشد (۳۵). در مطالعه‌ای در امریکا گزارش شد که بی‌اشتیاقی اخلاقی به فرایندی اشاره دارد که شامل توجه اعمال غیراخلاقی فرد از طریق دیسترس اخلاقی است. بی‌اشتیاقی اخلاقی در سیستم بهداشت و درمان ممکن است امنیت بیمار، فرهنگ ایمنی بیمار و حتی سلامت روان ارائه‌دهندگان مراقبت را تهدید کند. اگرچه علائم کلی مرتبط با بی‌اشتیاقی اخلاقی شناخته شده است، درک دقیق‌تر نحوه بروز آن‌ها می‌تواند به شناسایی آسان‌تر بی‌اشتیاقی اخلاقی کمک کند، همان‌طور که درک عمیق‌تر عواملی که در آن نقش دارند، می‌تواند به پیشگیری از آن کمک کند (۸). به نظر می‌رسد افزایش تجربه در برخی از پرستاران باعث آموختن راه‌حل‌های مناسب در برابر بی‌اشتیاقی اخلاقی شود. توجه به این نکته نیز ضروری است که فرد فارغ‌التحصیل این حرفه، آگاهی پائینی از اخلاق حرفه‌ای دارد؛ در نتیجه، نمی‌تواند از چالش‌های اخلاقی یک موقعیت بالینی درک صحیحی داشته باشد و افزایش تجربه باعث آشنایی وی با اخلاق حرفه‌ای می‌شود. بنابراین، یک موقعیت بالینی که ممکن است در پرستار با تجربه باعث تنش اخلاقی شود، در یک پرستار کم‌تجربه این چنین نیست. علاوه بر این، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که نمره مجموع کیفیت مراقبت پرستاری بیش‌تر از حد متوسط بود. در مطالعه‌ای با عنوان کیفیت مراقبت پرستاری در پرستاران بخش

مراقبت ویژه کووید ۱۹ مراکز آموزشی درمانی اراک در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰، نتایج نشان داد که میانگین نمره کیفیت مراقبت پرستاری مطلوب بود (۳۶). میانگین کیفیت مراقبت پرستاری در پرستاران در مازندران نیز مطلوب بود (۳۷). کی فیت مطلوب مراقبت از دیدگاه پرستاران در تهران، ۷۹ درصد گزارش شده است (۳۸). هم‌چنین، در مطالعه‌ای در ایران/اصفهان، ۷۰/۵ درصد از بیماران و ۶۵/۷ درصد از پرستاران کیفیت مراقبت را مطلوب ارزیابی نموده‌اند (۳۹). میانگین نمره کیفیت مراقبت پرستاران تبریز نیز مطلوب بود (۴۰). نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر هم‌خوانی داشت. در مطالعه‌ای در مغولستان، کیفیت مراقبت پرستاری در سطح بالا ارزیابی شد (۴۱) که هم‌سو با پژوهش حاضر است.

یافته‌های مطالعه‌ای در ایران/مشهد نشان داد که به طور کلی، نمره کیفیت مراقبت عمومی پس از بحران کووید ۱۹ در بخش‌های اورژانس و غیرعفونی، کاهش معناداری نسبت به پیش از آن داشت. در شرایط بحران کرونا، پشتیبانی بخش‌های بستری و انتقال سریع‌تر بیمار به بخش، پس از سپری کردن فاز حاد بیماری نسبت به شرایط عادی، می‌تواند باعث کاهش رعایت این استاندارد شده باشد (۴۲). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بی‌اشتیاقی اخلاقی با کیفیت مراقبت پرستاری ارتباط معنی‌داری نداشت. در تبیین این یافته مطالعات مختلفی بررسی شد. در پژوهشی تحت عنوان بررسی ارتباط بین حساسیت اخلاقی و درک پرستاران از مراقبت بیهوده بیماران مبتلا به کووید ۱۹، این نتیجه گزارش شد که بین حساسیت اخلاقی و شدت کیفیت مراقبت بیهوده رابطه معنی‌داری دیده نمی‌شود (۲۶). نتایج این مطالعه با یافته‌های مطالعه حاضر هم‌خوانی داشت. در مطالعه‌ای دیگر در انگلستان، نتایج نشان داد که نارسایی در مراقبت انجام شده می‌تواند ناشی از بی‌اشتیاقی اخلاقی پرستاران باشد (۴۳). در مطالعه‌ای در ایتالیا، رابطه معنی‌داری بین بی‌اشتیاقی اخلاقی و رفتارهای کاری مشاهده شد (۴۴). نتایج این مطالعات با یافته‌های مطالعه حاضر هم‌راستا نبود. ممکن است یک

عامل مؤثر برای این مسئله فرهنگ موجود در محل کار افراد باشد که آن‌ها را تحت تأثیر قرار داده و سبب پنهان شدن برخی از خصوصیات اخلاقی در عملکرد یا بروز رفتارهایی ناهماهنگ با ویژگی‌های واقعی آن‌ها می‌شود. اعمال اخلاقی پرستاران فرایند پیچیده‌ای است که با فرایند تصمیم‌گیری اخلاقی و رفتارهای فرد همراه است و عواملی مثل ارزش‌های پرستار، تجربیات، دانش، مهارت، عقاید و انتظارات سایر افراد، قوانین و دستورالعمل‌ها نقش مهمی در این فرایند دارند. از آنجایی که پرستاران از اعضای مهم گروه‌های مراقبت بهداشتی هستند، توجه به جنبه حرفه‌ای مراقبت پرستاری ضروری است (۴۵). از سوی دیگر، بیماران به عنوان دریافت‌کنندگان خدمات مراقبتی، در مراقبت پرستاری مهم هستند (۴۶)؛ بنابراین، بی‌اشتیاقی اخلاقی می‌تواند به کاهش مشارکت پرستاران در فعالیت‌های خود منجر شود، کمک به سایر همکاران را متوقف کند و ساعات کاری را کاهش دهد. بنابراین، ضروری است که پرستاران بتوانند مهارت‌های لازم را برای کنار آمدن با پریشانی خود بیاموزند تا بتوانند از درگیری اخلاقی در حرفه خود دوری کنند (۴۴).

هم‌چنین، در مطالعه حاضر با بررسی ارتباط متغیرهای جمعیت‌شناسی با کیفیت مراقبت پرستاری، مشخص شد که با افزایش سن پرستار، سابقه کار بالینی و سطح تحصیلات، کیفیت مراقبت پرستاری افزایش می‌یابد که می‌تواند ناشی از سازگاری پرستاران با شرایط کاری و افزایش مهارت آن‌ها در ارائه خدمات باشد. هم‌سو با این یافته‌ها، در مطالعه‌ای در اراک نیز کیفیت مراقبت پرستاری با متغیرهای سن و سابقه کاری ارتباط معنی‌داری داشت (۳۶). در مطالعه‌ای در اصفهان نیز با افزایش سن، نمره کیفیت مراقبت پرستاری بالاتری گزارش شد (۳۹). بر خلاف مطالعه حاضر، در مطالعه‌ای در تهران، بین سن و سابقه کاری و کیفیت مراقبت پرستاری ارتباطی یافت نشد (۴۷). علت این تفاوت را می‌توان انجام پژوهش حاضر در بخش ویژه و در پرستاران مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به کووید ۱۹

پرستاران را بررسی کرده‌اند، نشان می‌دهند که وضعیت محیط کاری پرستاران نقش مهمی در این زمینه دارد. حشمتی فر مهم‌ترین موانع رعایت اخلاق حرفه‌ای از دیدگاه پرستاران بیمارستان‌های آموزشی سبزوار را کمبود پرستار، نوبت‌های کاری نامناسب و فشردگی شلوغی بخش و نداشتن آگاهی بیمار از شرح وظایف پرستار گزارش کرده است (۵۰). کریمی جوهنی و همکاران مهم‌ترین موانع رعایت اخلاق حرفه‌ای از دیدگاه پرستاران بیمارستان امام خمینی (ره) سراب را کمبود کارکنان و حمایت ناکافی اخلاقی و قانونی مدیران ارشد از پرستاران، توقعات نابجای بیماران و همراهان ایشان از کارکنان پرستاری و ازدحام بخش، کافی نبودن درآمد و استراحت ناکافی کارکنان گزارش کردند (۵۱). البته، این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز همراه بود؛ مانند عدم تعمیم‌پذیری پژوهش به کل جمعیت پرستاران مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بستری در بخش‌های مراقبت ویژه (به علت تفاوت‌های فرهنگی و عوامل محیطی)، عدم اثبات رابطه علیتی با توجه به متغیرهای زیاد مداخله‌گر و نوع مطالعه.

سپاسگزاری

به این وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران که در تهیه و تدوین پژوهش حاضر همکاری و مساعدت کامل داشته‌اند، سپاسگزاری می‌شود. هم‌چنین، از تمامی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های امام خمینی ساری، بوعلی سینا، مرکز قلب مازندران و رازی قائمشهر وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران که در جمع‌آوری داده‌های پژوهش همکاری داشتند، قدردانی می‌گردد.

References

- Bandura A, Barbaranelli C, Caprara GV, Pastorelli C. Mechanisms of moral disengagement in the exercise of moral agency. *J Pers Soc Psychol* 1996;71(2):364.
- Sfantou DF, Laliotis A, Patelarou AE, Sifaki-Pistolla D, Matalliotakis M, Patelarou E. Importance of leadership style towards quality of care measures in healthcare

- settings: a systematic review. *Healthcare* 2017; 5(4): 73.
3. Ahmadi SR, Vafadar-Moradi E, Mahmoudi M, Sadrzadeh SM, Khadem-Rezaiyan M, Nakhaei A, et al. Evaluation Of The Level Of Moral Distress In Nurses And Physicians Involved With Patients With New Coronavirus (COVID 19). *Int J Med SCI* 2021;10(2):176-185.
 4. Phua J, Weng L, Ling L, Egi M, Lim C-M, Divatia JV, et al. Intensive care management of coronavirus disease 2019 (COVID-19): challenges and recommendations. *Lancet Respir Med* 2020; 8(5): 506-17.
 5. Rosenbaum L. Facing Covid-19 in Italy—ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic's front line. *N Engl J Med* 2020; 382(20): 1873-5.
 6. Brindle ME, Gawande A. Managing COVID-19 in Surgical Systems. *Ann Surg* 2020; 272(1): e1-e2.
 7. Chang L-Y, Hsiu-Hui Y. The relationship between nursing workload, quality of care, and nursing payment in intensive care units. *J Nurs Res* 2019;27(1):1.
 8. Hyatt J. Recognizing moral disengagement and its impact on patient safety. *J Nurs Regul* 2017;7(4):15-21.
 9. McGuire AL, Aulisio MP, Davis FD, Erwin C, Harter TD, Jagsi R, et al. Ethical challenges arising in the COVID-19 pandemic: An overview from the Association of Bioethics Program Directors (ABPD) task force. *AJOB* 2020;20(7):15-27.
 10. Drosten C, Günther S, Preiser W, Van Der Werf S, Brodt H-R, Becker S, et al. Identification of a novel coronavirus in patients with severe acute respiratory syndrome. *N Engl J Med* 2003; 348(20): 1967-76.
 11. De Groot RJ, Baker SC, Baric RS, Brown CS, Drosten C, Enjuanes L, et al. Commentary: Middle east respiratory syndrome coronavirus (mers-cov): announcement of the coronavirus study group. *J Virol* 2013; 87(14): 7790-2.
 12. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The lancet* 2020; 395(10223): 470-473.
 13. Msemburi W, Karlinsky A, Knutson V, Aleshin-Guendel S, Chatterji S, Wakefield J. The WHO estimates of excess mortality associated with the COVID-19 pandemic. *Nature* 2023;613(7942):130-137.
 14. Woo BFY, Lee JXY, Tam WWS. The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. *Hum Resour Health* 2017;15(1):63.
 15. Biddison ELD, Gwon HS, Schoch-Spana M, Regenber AC, Juliano C, Faden RR, et al. Scarce resource allocation during disasters: a mixed-method community engagement study. *Chest* 2018; 153(1): 187-95.
 16. Gulia A, Salins N. Ethics-based decision-making in a COVID-19 pandemic crisis. *Indian J Med Sci* 2020; 72(2): 39–40.
 17. Rubio O, Estella A, Cabre L, Saralegui-Reta I, Martin M, Zapata L, et al. Ethical recommendations for a difficult decision-making in intensive care units due to the exceptional situation of crisis by the COVID-19 pandemic: A rapid review & consensus of experts. *Med Intensiva (Engl Ed)* 2020; 44(7): 439-45.
 18. Tuite AR, Bogoch II, Sherbo R, Watts A, Fisman D, Khan K. Estimation of coronavirus disease 2019 (COVID-19) burden and potential for international dissemination of infection from Iran. *Ann Intern Med* 2020; 172(10): 699-701.
 19. Rajeswari T. A study to assess patients

- satisfaction with quality of nursing care. *J Acad Nurs* 2011;1(1):1-6.
20. Hockenberry MJ, Wilson D. *Wong's nursing care of infants and children-E-book*: Elsevier Health Sciences; 2018.
 21. Abate SM, Ahmed Ali S, Mantfardo B, Basu B. Rate of Intensive Care Unit admission and outcomes among patients with coronavirus: A systematic review and Meta-analysis. *PLoS One* 2020;15(7):e0235653.
 22. Fazaeli S, Yousei M, Arfa Shahidi N, Behboudifar A. Comparison of quality standards of public care in the emergency, infectious and non-infectious wards of Imam Reza Hospital in Mashhad: Before and after Covid 19 pandemic onset. *J Res Med Sci* 2020;6(2):40-50 (Persian)
 23. Deriba BS, Geleta TA, Beyane RS, Mohammed A, Tesema M, Jemal K. Patient satisfaction and associated factors during COVID-19 pandemic in North Shoa health care facilities. *Patient Prefer Adherence* 2020:1923-34.
 24. di Filippo L, Doga M, Frara S, Giustina A. Hypocalcemia in COVID-19: Prevalence, clinical significance and therapeutic implications. *Rev Endocr Metab Disord* 2021:1-10.
 25. Mehrabian F. Quality of services in training and medical emergency centers. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2014;22(89):15-21 (Persian).
 26. Hajiloo P, Torabi M. The relationship between moral sensitivity and Nurses' perception of futile care in patients with Covid-19. *Q J Med Ethics*. 2020;14(45):1-16.
 27. Ahmadi S, yaghouti H, fallahi V. The Role of Moral Disengagement and Social Intelligence in Predicting Drug Use Craving among Substance Users. *etiadjpajohi* 2018; 11 (44) :155-168
 28. Fida R, Tramontano C, Paciello M, Kangasniemi M, Sili A, Bobbio A, et al. Nurse moral disengagement. *Nurs Ethics* 2015;23(5):547-64.
 29. Ghalje M, Ghaljae F. Association between clinical competency and patient's satisfaction from nursing care. *Adv Nurs Midwifery* 2009; 18(63): 12-9 (Persian).
 30. Sabzianpur Z, Nuri S. Effect of spiritual intelligence on quality of nursing care of educational and treatment hospitals in Hamadan. *Avicenna J Nurs Midwifery Care* 2019;27(1):18-24 (Persian).
 31. Gholjeh M, Dastoorpour M, Ghasemi A. The relationship between nursing care quality and patients satisfaction among hospitals affiliated to Zahedan University of medical sciences in 2014. *Jorjani Biomed J* 2015;3(1):68-81.
 32. Zhao H, Xia Q. Nurses' negative affective states, moral disengagement, and knowledge hiding: The moderating role of ethical leadership. *J Nurs Manag* 2019; 27(2): 357-370.
 33. Jia Y, Chen O, Xiao Z, Xiao J, Bian J, Jia H. Nurses' ethical challenges caring for people with COVID-19: A qualitative study. *Nurs Ethics* 2021;28(1):33-45.
 34. Malekzadeh R, Amir Khanlou A, Abedi G, Araghian MF. Ethical challenges of care and treatment for patients with COVID-19 in a hospital from the perspective of service providers. *IJMEHM* 2021; 14: 140-152 (Persian).
 35. Mohammadi J, Ghazanfari F, Azizi A. The effect of teaching ethical principles on moral distress in nurses. *J med educ dev* 2016; 8(20):98-104 (Persian).
 36. Ebrahimi F, Jafarjalal E, Najafi Ghezalje T, Haghani S. The quality of nursing care in nurses working in the intensive care unit of COVID-19 in Arak medical training centers

- in 2021-2022. *Journal of Hayat* 2023 ;29(1): 89-100 (Persian).
37. Azimilolaty H, Rezaei S, Khorram M, Mousavinasab N, Heidari T. Correlation between the quality of nursing care and burnout of nurses in the teaching hospitals affiliated to Mazandaran University of Medical Sciences, Iran. *Iran J Nurs* 2021; 33(128): 54-66 (Persian).
 38. Jamsahar M, Khaki S, Esmeilpour Zanjani S, Mashouf S. Comparison of quality of nursing cares from the perspective of nurses and patients. *SJNMP* 2020;5(4):72-83(Persian).
 39. Asgari Z, Pahlavanzadeh S, Alimohammadi N, Alijanpour S. Quality of holistic nursing care from critical care nurses' point of view. *jccnursing* 2019; 12(1): 9-14 (Persian).
 40. Amiri E, Ebrahimi H, Vahidi M, Asghari Jafarabadi M, Namdar Areshtanab H. Relationship between nurses' moral sensitivity and the quality of care. *Nurs Ethics* 2019;26(4):1265-73 (Persian).
 41. Gaalan K, Kunaviktikul W, Akkadechanunt T, Wichaikhum OA, Turale S. Factors predicting quality of nursing care among nurses in tertiary care hospitals in Mongolia. *Int Nurs Rev* 2019; 66(2): 176-82.
 42. Fazaeli S, Yousei M, Arfa Shahidi N, Behboudifar A. Comparison of quality standards of public care in the emergency, infectious and non-infectious wards of Imam Reza Hospital in Mashhad: Before and after Covid 19 pandemic onset. *JMIS* 2020; 6(2): 40-50 (Persian).
 43. Austen K, Hutchinson M. An aged life has less value: A qualitative analysis of moral disengagement and care failures evident in Royal Commission oral testimony. *J Clin Nurs* 2021;30(23-24):3563-76.
 44. Fida R, Paciello M, Tramontano C, Fontaine RG, Barbaranelli C, Farnese ML. An integrative approach to understanding counterproductive work behavior: The roles of stressors, negative emotions, and moral disengagement. *J Bus Ethics* 2015;130: 131-144.
 45. Snowden A, Stenhouse R, Young J, Carver H, Carver F, Brown N. The relationship between emotional intelligence, previous caring experience and mindfulness in student nurses and midwives: a cross sectional analysis. *Nurse Educ Today* 2015;35(1):152-158.
 46. Jang R-j, Kang Y-S, Kim Y-m. The relationships in emotional intelligence, job satisfaction, and quality of nursing service in hospital nurses. *J Korean Acad Nurs* 2016; 17(6): 326-337.
 47. khaki S, Esmaeilpourzanjani S, Mashouf S. Nursing cares quality in nurses. *SJNMP*. 2018;3(4):1-14 (Persian).
 48. Arslan FT, Calpbini P. Moral sensitivity, ethical experiences and related factors of pediatric nurses: a cross-sectional, correlational study. *Acta Bioethica* 2018; 24(1) :9-18.
 49. Araç B, Doğan R, Sarıtaş S. Determining the moral sensitivity of intensive care nurses. *International Journal of Medical Investigation*. 2018;7(1):88-97.
 50. Hashmatifar N, Mohsenpour M, Rakhshani M. Barriers to moral sensitivity: viewpoints of the nurses of educational hospitals of Sabzevar. *IJMEHM* 2014;7(1) (Persian).
 51. Karimi Johani R, Karimi Johani F, Hamdollahi Miandoab M, Abbasi N. Investigating the barriers to professional ethics in nursing practice from the perspective of hospital nurses In 1398, Imam Khomeini Sarab city. *Education and Ethics In Nursing* 2021;10(1-2):20-5 (Persian).